

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 50

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DES

POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 21 décembre 1923

PAR

CHARLES GAUDARD

Né à POITIERS (Vienne) le 29 mai 1899

Examineurs de la Thèse	{	M.M GUYOT, professeur...	{	Président.
		BÉGOUIN, professeur.		Juges.
		ROCHER, agrégé....		
		VILLEMIN, agrégé..		

POITIERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE

6 et 8, rue Henri-Oudin

1923

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE
DES
POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 50

DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE
DES
POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 21 décembre 1923

PAR

CHARLES GAUDARD

Né à POITIERS (Vienne) le 29 mai 1899

Examineurs de la Thèse	{	M.M GUYOT, professeur...	{	Président.
		BÉGOUIN, professeur.		*
		ROCHER, agrégé....		Juges.
		VILLEMIN, agrégé..		

POITIERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE
6 et 8, rue Henri-Oudin

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecins expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgie. infantile et orthopédie.	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BEGUOIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIERE.	Clinique médic. des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscop. clin.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Méd. coloniales et clin. des malad. exotiques.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Cliniq. des malad. cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	Patholog. externe et chirurg. opér. et expér.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerv. et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. méd.	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquées.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstr. et prépar. pharmaceutiques...	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

comme un faible témoignage de mon affection profonde et de toute ma tendresse.

A MES SŒURS YVONNE ET FRANCE

qui m'ont aidé si bravement.

A « NOUS CINQ »

qui avons lutté dans le même but.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE
ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE ET EXPÉRIMENTALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS CEUX
QUI ONT EU DE L'AFFECTION POUR MOI

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE
TEMPORAIRE DE MÉDECINE NAVALE, 1918

INTRODUCTION

La dégénérescence cancéreuse des fibromyomes a, depuis longtemps déjà, été l'objet d'un grand nombre de travaux, de recherches savantes et de thèses. C'est maintenant une complication connue et enseignée classiquement.

Il est une forme particulière de ces tumeurs fibreuses à propos de laquelle on ne spécifie guère dans les ouvrages classiques qu'elle soit également susceptible de subir la dégénérescence maligne. Il s'agit là des polypes. Quant aux œuvres plus spécialisées que nous évoquions en commençant, c'est à peine si, par hasard, elles font allusion parfois à un fait de ce genre. En tous les cas, nous n'y avons trouvé qu'une observation rapportée à ce sujet (1).

En émettant cette opinion, nous ne faisons que reprendre l'avis qu'exprimaient Jean Paul et Georges Tourneux faisant une communication à la Société anatomique de Paris (mars 1920) : « La dégénérescence cancéreuse des polypes fibreux de l'utérus, disent-ils, ne doit pas être une complication bien fréquente, car elle n'est même pas signalée dans nos traités classiques, et, d'autre part, sur une quarantaine de cas de polypes fibreux que nous avons étudiés, nous ne l'avons constaté qu'une seule fois. »

A propos d'un cas observé dans le service de M. le Professeur J. Guyot, il nous a paru intéressant de réunir les faits semblables déjà publiés et ceux que nous avons pu trouver, encore ignorés du public. Nous chercherons à les comparer. Nous préciserons le genre de dégénérescence maligne observé

(1) Thèse de Hyenne, Paris, 1898.

au niveau de la tumeur. Nous verrons si nous ne sommes pas en présence d'une symptomatologie spéciale. Nous étudierons le pronostic du mal et son traitement.

Nous faisons remarquer, en terminant cette introduction, que nous prenons le mot *cancéreux* dans le sens large du terme, qui indique : tumeur maligne, sans spécifier le genre histologique du néoplasme.

HISTORIQUE

Nous ne présentons pas la dégénérescence cancéreuse des polypes utérins comme une complication nouvellement connue, récemment étudiée. Nombre d'auteurs qui se sont occupés des polypes ont pressenti, sinon étudié cette transformation. Mais si beaucoup y ont songé, peu s'en sont occupés.

Morgagni, dans la XXIX^e lettre de son ouvrage : *Siège et cause des maladies*, Paris, 1720, décrit nettement les polypes fibreux de l'utérus qu'il dénomme « Tubercules squirreux ». Il compare leur consistance dure et ferme à l'induration qui précède le cancer du sein, et, se basant sur cette analogie, les considère comme la phase primitive du cancer de la matrice.

Nous avons lu aussi avec intérêt le premier ouvrage et le seul, à notre connaissance, qui ait traité vaguement la question. C'est une thèse sur les polypes de l'utérus, soutenue à Paris en 1804 par Jean Ségard, chirurgien de la Marine. L'auteur nous y donne une observation de polype dégénéré, recueilli à Philadelphie en 1781.

L'idée ne semble donc pas neuve. Saurait-on mieux l'exprimer qu'en ces termes que nous citons : « Dans l'autopsie cadavérique de quelques femmes, le polype offre le coup d'œil d'un cancer ulcéré. Le renversement de ses bords déchirés, la sanie qui en découle, l'odeur qui s'en exhale ne permettront pas de méconnaître le vice cancéreux. » (*Dissertation inaugurale sur les polypes utérins*, Ségard, Paris, an XII.)

Nous trouvons même dans cet ouvrage une esquisse de symptomatologie clinique, correspondant à une indication opératoire impérieuse.

« Si le mal est alimenté par le virus cancéreux ; s'il vient à

s'ulcérer et qu'une sanie infecte s'épanche du vagin, si des douleurs profondes se font sentir ; si la malade est saine d'ailleurs, alors plus que jamais il faut procéder à l'opération, tout délai est une faute, tout palliatif est funeste ; les progrès du mal sont rapides, profonds, mortels. »

Si intéressants que soient les faits observés par Jean Ségard, nous ne saurions y trouver une base bien solide pour étayer notre sujet. Ces observations sont incomplètes et sans valeur du fait qu'on n'y fait point mention d'anatomie microscopique. De toute cette œuvre nous ne retiendrons que l'idée.

Nous retrouvons la même inspiration dans une leçon clinique de Dupuytren (1). Il fait de ces polypes des tumeurs constituées de tissu *fibro-cellulaire*. Que l'un ou l'autre des éléments du tissu vienne à prédominer et on aura soit un polype fibreux bénin, soit un « carcinome ».

Dans sa thèse soutenue à Paris en 1854, Léon Ferrier veut aussi nous démontrer la dégénérescence cancéreuse du polype. L'auteur traite « Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus ».

Dans le chapitre des polypes, nous trouvons les faits suivants :

Lisfranc est appelé auprès d'une dame souffrant d'un cancer de l'utérus. Du même avis d'abord que les confrères qui l'avaient fait appelé, il ordonne des cautérisations au proto-nitrate de mercure. Quelques jours après, il doit retoucher la malade et, changeant d'avis, diagnostique alors un « polype dégénéré ». L'opération est décidée pour le lendemain. « J'abaisai la matrice à l'orifice inférieur du vagin. Avec les doigts, la curette et les ciseaux conduits par l'indicateur, je *détachai complètement* la tumeur », observation de Lisfranc parue dans la *Lancette française*, 1836. Malgré le diagnostic de bénignité porté par Lisfranc, Velpeau qui a suivi la malade note le décès survenant un an après, par suite d'une récurrence cancéreuse.

(1) *Leçons orales de clinique*, éditées à Paris, 1839.

Là encore, devons-nous penser à un polype en partie cancéreux dont la malignité se soit propagée au delà d'une opération trop parcimonieuse ? Ce serait téméraire. Pourquoi ne pas admettre une concomitance dans le genre de celle relatée par le Professeur Bégouin dans le *Journal médical de Bordeaux*, en 1906. « Polype fibreux sphacélé et cancer du corps. » Rien ne prouve, en effet, que ce « polype dégénéré » ne soit pas simplement un polype sphacélé. « Le polype fibreux prête cependant parfois à confusion. Il donne au doigt une sensation analogue à celle du cancer. Sa fétidité est identique. Ce sont les mêmes hémorragies, les mêmes écoulements antérieurs et les malades anémiées et infectées ont également l'aspect cachectique. (P. Bégouin, *Diagnostic de cancer du col*. Les 9 agrégés.)

Les faits que nous avons à citer maintenant nous sont contemporains. Depuis Léon Ferrier jusqu'à la fin du siècle dernier nous n'avons pas trouvé de travaux qui se rapportent précisément à notre thèse.

Mais désormais il ne s'agira plus de faits non avérés, ou de vues de l'esprit comme les assertions de Dupuytren. Nous nous trouvons maintenant en présence de faits positifs, certains, contrôlés.

Hyenne, dans sa thèse soutenue à Paris en 1898, publie une petite observation que nous reproduirons.

Oeri, en 1906, dans le *Zeitschrift für Geburst und Gynäkologie*, Stuttgart, fait paraître un article de trente-quatre pages : « Ueber Epithelmetaplasie am Uterus besonders an Polypen ». Nous n'avons pu malheureusement faire venir ce journal.

Si nous poussions plus avant cet historique, ce seraient les documents mêmes de cette thèse que nous citerions. Cette répétition ne manquerait pas d'être fastidieuse. Nous ne la tenterons pas, mais nous présenterons les faits dans l'ordre chronologique.

Fouillant dans la littérature médicale nous avons pu, en effet, rassembler quelques observations qui, jointes à celles qui nous sont confiées, font une dizaine de cas typiques.



OBSERVATIONS

Observation I (Résumée).

Fibromyome trouvé à l'autopsie d'une femme morte d'ulcère double de l'estomac à marche chronique accompagnée d'ulcération du foie et du pancréas.

La tumeur du volume d'une tête de fœtus (il s'agit du fibrome interstitiel) était développée aux dépens du fond de l'utérus; à travers le col, sortait *une masse polypoïde* de la grosseur du pouce reliée au fond de l'utérus par un long pédicule de 6 centimètres, ayant presque la même grosseur.

Examen microscopique. — A l'examen microscopique, on trouve le fibromyome en grande partie dégénéré. Quant au polype :

« Il est constitué par des cellules musculaires groupées en faisceaux entre lesquels s'étalent de larges bandes de tissu fibreux adulte qui enserrant ces cellules. Sur les trois quarts de la coupe, le tissu l'emporte de beaucoup sur l'élément musculaire.

« Tel est l'aspect général de la coupe. Mais en *deux points* on remarque la présence de cellules rondes ou ovalaires, pressées les unes contre les autres, sans ordre. Ces cellules occupent la cavité de deux vaisseaux dont on reconnaît la paroi musculaire bien colorée dans ses noyaux. La cavité est ainsi comblée par ces cellules spéciales. A un fort grossissement, on voit qu'il s'agit de cellules rondes un peu elliptiques ayant un ou deux noyaux. Sur un des vaisseaux cette néoplasie a détruit la paroi vasculaire et on voit ces cellules qui fusent à la périphérie dans le tissu avoisinant. »

Dégénérescence sarcomateuse.

(Hyenne, thèse Paris, 1898.)

Observation II (traduite *in extenso*).

Polype fibreux de l'utérus en voie de dégénérescence maligne.

Mrs B...; 33 ans. Venue de l'Afrique du Sud. Jamais enceinte.

Depuis 12 mois avait d'abondantes ménorrhagies. A son arrivée en Angleterre, sujet anémié souffrant toujours d'hémorragies fréquentes. Utérus légèrement élargi, lisse, col non dilaté. Pensant au polype on décide l'intervention. Dilatation du col. On trouve le polype de la grosseur d'une noix. On l'appréhende avec des pinces. Il est très mobile et tourne aisément sur son axe, ce qui indique un pédicule assez étroit. On le coupe aux ciseaux à son pédicule.

La pièce est grisâtre. *Elle n'offre pas la consistance habituelle des polypes fibreux.* On l'a fait examiner au microscope et on s'aperçoit alors de sa nature maligne. L'hystérectomie totale est décidée sans délai, pratiquée quelques jours plus tard.

Devant l'aspect parfaitement sain des organes génitaux de la malade, le chirurgien laisse les ovaires.

Examen microscopique. — Les coupes pratiquées au fond de l'utérus à l'endroit où s'insère le pédicule ne montre aucune dégénérescence maligne de la paroi utérine.

Le polype a presque la structure d'un adéno-fibrome. Le stroma consiste en tissu fibreux dont les éléments sont richement nucléés et disposés en feutrage épais. Mais on aperçoit *deux bandes de fibres lisses.* La surface libre du polype est couverte d'endométrium absolument sain. Enfoui dans le stroma fibreux, on trouve de nombreux tubes glandulaires bordés de cellules cylindriques. Entre ces tubes glandulaires se trouvent aussi des amas de cellules épithéliales qui arrêtent l'attention et font émettre l'idée de malignité. Ces amas interrompent la bonne ordonnance de ces tubes glandulaires dans la lumière desquels ils pénètrent par éléments isolés, de même qu'ils se disséminent dans le tissu conjonctif d'alentour.

Par endroit, l'épithélium cylindrique des tubes glandulaires a complètement disparu sous la poussée envahissante.

De même un ou deux éléments de cellules irrégulières sont aperçues en plein stroma, sans connexion apparente avec un tube. Dans de plus petits amas, on aperçoit les éléments en connexion avec les cellules basales de la bordure épithéliale de ces tubes, qu'ils déplacent, puis détruisent en proliférant.

En conséquence, mon opinion est qu'il s'agit là des premiers stades de dégénérescence cancéreuse (carcinome) dans un simple polype fibreux.

« Consequently, I am of opinion that the conditions represents

the early stages of the development of malignant disease (carcinoma) in an otherwise simple fibromatous polypes. »

(Targett J. H., Communication à la Royal Society of medicine, London, Section Obst. and Gynec. Dr. Macnaughten Jones, President of section in chair. Mars 1910.)

Observation III (traduite *in extenso*).

Le président Dr Macnaughten Jones dit qu'il a observé un cas analogue, un seul, à la clinique de feu professor Rastharn's d'Heidelberg. Ce polype d'apparence bénigne fut enlevé, mais en examinant les coupes, le professeur Schottlander dénonça la dégénérescence sarcomateuse de la tumeur.

Observation IV.

Un cas de polype de l'utérus à forme et évolution maligne. Service de M. le professeur Delanglade à Marseille.

F. A. . . , 20 ans, entrée le 19 avril 1910, salle Cazault. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

Réglée à 17 ans seulement, règles intermittentes survenant tous les deux mois environs. Métrorrhagies peu abondantes, irrégulières ; leucorrhée de plus en plus abondantes.

L'examen de la malade a révélé une anémie assez prononcée, pâleur des téguments et des muqueuses, aspect général chétif, etc...

Rien aux organes circulatoire, respiratoire, nerveux, digestif.

L'examen local par la palpation n'a rien montré, si ce n'est que le palper provoque de la douleur annexielle des deux côtés, surtout du côté gauche.

Le toucher fut pratiqué à travers un hymen intact que le doigt dut dilater. Le doigt rencontre immédiatement un polype remplissant tout le vagin supérieur ; le polype a une forme spéciale, ombellifère pourrait-on dire, ayant une face convexe tournée vers la vulve, une face concave tournée vers le col et en épousant, semble-t-il, la forme. La circonférence du polype semble être sensiblement circulaire, rénitente, avec *à certains endroits de petits nodules indurés*. La face convexe est bosselée, tomentueuse. La face concave donne à peu près la même sensation. Le pédicule est court et de la grosseur du petit auriculaire. Du col s'échappent des franges molles. Sont-

elles d'origine cervicale ou pédiculaire ? On ne peut le sentir.

L'utérus est normal comme position, comme volume et comme forme.

Les annexes droites semblent être prolabées ; elles sont douloureuses et paraissent légèrement augmentées de volume. Il en est de même du côté gauche, qui semble être cependant plus douloureux.

Pendant tout le temps qu'a duré l'examen, le polype n'a pas saigné.

La malade fut opérée une première fois le 21 avril 1910, toutes réserves étant faites *préalablement* sur le caractère malin de la tumeur.

L'orifice hyménéal dilaté, le polype fut saisi par une pince de Museux ; celle-ci mordit dans les tissus et à la plus petite tension les déchira. Plusieurs pinces furent ainsi placées et enfin la torsion put être faite. Le polype ne se sectionna pas à son insertion utérine, mais *très près du polype*. Le touché pratiqué à ce moment-là montre l'utérus bourré de végétations.

Dès lors, l'intervention radicale prévue déjà fut décidée ; une gaze fut mise dans le vagin et la malade reportée dans son lit.

Le 26 avril 1910, hystérectomie abdominale totale, à travers la gaine du grand droit du côté droit. L'opération n'a présenté aucune particularité, tout s'est bien passé ; au quinzième jour la malade se levait ; la plaie était cicatrisée absolument, signes de suture à peine visibles (on avait pour la peau employé surtout des agrafes). Nous avons aujourd'hui examiné la malade qui est complètement guérie pour le moment de son opération. Tout nous permet d'espérer que cette guérison sera durable.

Examen microscopique. — La pièce anatomique montre une cavité utérine bourrée de végétations papillaires. Les ovaires sont gros, blancs, en dégénérescence sclérokystiques. Le polype est une masse molle gorgée de suc. L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Alezais a montré qu'il s'agissait de sarcome.

(Paul Fiolle, Interne des hôpitaux. Note sur les polypes de l'utérus. *Marseille médical*, 1910.)

Observation V.

Dégénérescence cancéreuse d'un polype fibreux de l'utérus. — Notre

observation clinique est des *plus banales*. Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour un polype fibreux de l'utérus, évoluant depuis environ trois ans, et s'accompagnant de tous les signes classiques de cette affection, sur lesquels nous croyons complètement inutile de devoir insister.

L'intervention chirurgicale eut lieu le 17 août 1919, et consista en l'ablation d'une tumeur du volume d'une grosse noix, qui pendait au milieu du vagin et dont le pédicule s'enfonçait assez profondément dans la cavité utérine. Cette ablation fut comme toujours suivie d'un curettage de l'utérus.

La tumeur enlevée, assez ferme au toucher, avait une *surface assez irrégulière* et présentait à sa partie inférieure *une sorte d'ulcération superficielle*. Il n'y avait aucune modification du côté du vagin, le col utérin était normal d'aspect et de consistance.

Examen anatomique. — Nos examens ont porté sur les produits du curettage et sur le polype. La muqueuse utérine n'offrait que des altérations inflammatoires très discrètes ; le polype, au contraire, présentait des lésions manifestes de dégénérescence maligne.

Sur les coupes intéressant sa moitié inférieure, on notait, en effet, l'existence de nombreuses cellules épithéliales appartenant à la variété pavimenteuse, qui sont groupées en lobules, plus ou moins réguliers. Il semble, de plus, qu'en de très rares endroits ces cellules paraissent s'ordonner de manière à constituer des globes épidermiques. La trame conjonctive, très réduite en certains points, est au contraire beaucoup plus développée à d'autres, où elle est le siège de vastes infiltrats hémorragiques.

Il s'agit donc, en résumé, d'un épithéliome pavimenteux lobulé, développé sur un polype fibreux, sans qu'il y ait d'autres lésions néoplasiques appréciables au niveau du vagin ou de l'utérus.

(Jean Paul et Georges Tourneux, *Communication à la Société anatomique de Paris*, mars 1920.)

Observation VI (traduction *in extenso* du compte rendu).

Polypes cancéreux de l'utérus.

Une femme de 39 ans, mariée depuis 18 ans. Jamais enceinte. Vint à l'hôpital parce qu'elle souffrait depuis quelques mois de ménorrhagies fréquentes, abondantes et douloureuses.

Après examen, on pense à un polype intra-utérin, on opère la malade et on retire de l'utérus un fibrome pédiculé de la grosseur d'une tête de fœtus.

L'*examen microscopique* du Dr Ries montre la dégénérescence maligne de la tumeur. On enlève l'utérus qui, examiné soigneusement, paraît parfaitement sain.

(Dr. Spreat Heaney, Chicago, 1921.)

Observation VII

Le même observa un cas analogue de polype cancéreux dans un utérus absolument sain huit ou neuf ans auparavant.

L'auteur ne spécifie pas quels genres de dégénérescences il avait observés dans ces deux cas.

(Dr. Spreat Heaney, *Communication à la Gynecological Society of Chicago*. 18 Februar 1921, Dr. Arthur H. Curtes, présiding.)

Nous allons publier maintenant deux observations inédites dues à la généreuse obligeance de M. le docteur Jules Grismoud, de Toulouse, ancien chef de clinique. Ces faits ont été observés dans sa clientèle.

Observation VIII (inédite).

Polype utérin dégénéré. Janvier 1910.

Mme X. . . , de Mirepoix, 52 ans.

A. H. sans intérêt.

A. P. Menstruation ayant débuté à l'âge de 12 ans, abondante, douloureuse, régulière. Trois grossesses (22, 25, 29 ans) terminées sans incident. Ménopause à 47 ans sans phénomène particulier.

Depuis un an environ, une leucorrhée banale existant depuis longtemps s'est accentuée, elle est devenue fétide et sanguinolente. Elle s'accompagne de douleurs violentes comparées à des douleurs d'accouchement. Le Dr Roques qui la soigne m'appelle le 10 janvier pour intervenir sous le diagnostic de cancer utérin.

A mon avis, une intervention radicale est inutile, le mal ayant dépassé la limite de l'opérabilité, un curettage étant seul à envisager.

Je vois pour la première fois la malade le jour de l'intervention. Etat général assez satisfaisant, malade obèse, cœur un peu fatigué.

Localement, je trouve le vagin rempli par une énorme masse bourgeonnante et friable. La lèvre inférieure du col est difficilement perçue. La lèvre postérieure est impossible à sentir, de même que le corps utérin. Il semble que la tumeur soit pédiculée et s'insère dans le canal cervical. Je porte le diagnostic de polype utérin en voie de sphacèle.

Intervention immédiate. Assistant : Dr Azéma et Roques.

Rachianesthésie.

Extirpation pénible d'un polype effectivement inséré dans le canal cervical. En présence de l'infection utérine concomitante, je pratique une hystérectomie vaginale très facilement exécutée.

Suites opératoires normales.

Examen histologique pratiqué par le Dr Azéma, révèle qu'il existait une transformation néoplasique du polype. Diagnostic histologique : épithélioma.

Revue en mars 1912, bien portante.

Morte de broncho-pneumonie grippale en décembre 1912 (Dr Roques).

(Dr Grimoud, Toulouse.)

Observation IX (inédite).

Polype utérin. Dégénérescence épithéliale. Hystérectomie abdominale secondaire. Juin 1920.

M^{me} S. . . , 32 ans.

Je suis appelé pour la première fois auprès de la malade le 13 juin 1920, à 10 heures du soir, pour traiter, aux dires du médecin, un avortement d'environ 3 mois.

J'apprends que la malade a toujours été abondamment réglée, avec douleurs très vives le premier jour. Mariée depuis 3 mois, les règles ont été modifiées mais non supprimées à proprement parler. Il n'y a pas eu de modifications du côté des seins. Néanmoins, le désir d'une grossesse a amené l'intéressée à y croire. Le 12 juin au matin, apparition de douleurs vives, expulsives et hémorragies abondantes. Une sage-femme consultée conclut à un avortement immi-

nent. Le diagnostic est accepté par le médecin traitant qui m'appelle le 13 au soir.

Examen. — Malade paraissant anémiée, pouls rapide (126), pas de température. A l'examen local, je constate la présence dans le vagin d'une masse assez dure pédiculée dans laquelle on reconnaît immédiatement un polype fibreux (volume d'une mandarine).

Pas de trace de placenta. L'utérus est d'ailleurs peu volumineux et ne correspond en rien à un utérus gravide de 3 mois, ni par son volume, ni par sa consistance. Etant donné l'hémorragie persistante, je pratique sous anesthésie rachidienne un curettage avec ablation du polype. Sérum glucosé. Huile camphrée. Rétablissement rapide.

Examen microscopique. — Fait par M. Maurin, agrégé à la Faculté, révèle une transformation épithéliale.

Quinze jours après la première intervention je pratique, avec l'assistance du Dr Pujas, toujours sous rachianesthésie, une hystérectomie abdominale à la Wertheim.

Libération faite des uretères : ligature de l'hypogastrique gauche. Extirpation en bloc de l'utérus, des annexes du paramètre et du quart supérieur du vagin. Drainage vaginal sous-péritonéal. Abdomen fermé sans drainage. Guérison *per primam*.

La malade se maintient guérie, en mars 1922. Quelques troubles de ménopause artificielle. Revue en bonne santé en juillet 1923.

(Dr Grimoud, Toulouse.)

Observation X (personnelle, prise dans le service de M. le professeur Guyot).

Ce cas a déjà été l'objet d'une communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, par MM. Guyot et Ichon, le 23 janvier 1923, présidence de M. le professeur Sabrazès, président.

Polype du corps utérin, atteint de dégénérescence épithéliomateuse.

Marie R. . . , 38 ans, ménagère, salle 8, lit n° 20.

Nous avons vu la malade se présenter à l'hôpital pour pertes blanches remontant à 6 mois. Entrée le 11 décembre 1922.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Règles abondantes et d'assez longue durée, mais non douloureuses. Mariée à 24 ans. Une

grossesse à 30 ans. L'enfant né avant terme, meurt à 8 mois sans que la malade puisse spécifier le processus morbide.

Aucune maladie.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien d'intéressant à signaler.

Histoire de la maladie. — Il y a environ 6 mois, les règles disparaissent tout à coup. Elles ne sont pas réapparues depuis. Des pertes blanches, qui préexistaient à ce moment, deviennent de plus en plus abondantes ; à tel point que la malade doit se garnir continuellement ; elles sont fétides et n'empêchent pas le linge.

Depuis cette recrudescence de pertes, la malade maigrit rapidement. De son poids initial que nous ne connaissons pas elle descend à 45, puis à 37 kilos. Enfin ses forces sont très notablement diminuées. Anorexie sans dégoût spécialement prononcé pour tel ou tel aliment.

L'affection évolue sans douleur et sans fièvre.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital. — Sujet anémié. Etat général très altéré.

Appareil génital. — Le vagin laisse écouler un liquide visqueux, blanchâtre et fétide. Au toucher on le trouve bourré d'une tumeur gluante de consistance ferme, irrégulière.

On sent difficilement le pédicule de la tumeur qui s'enfonce dans le col. Diagnostic : polype sphacélé.

Appareil pulmonaire. — Ni toux, ni crachat, rien à l'examen objectif.

Appareil circulatoire. — Rien.

Appareil digestif. — En assez bon état. manque d'appétit, légère constipation, langue un peu saburrale.

Opération le 12 décembre 1922. Professeur J. Guyot. Excision de polype. Accouchement par la vulve impossible. On débride celle-ci du côté gauche, on sectionne le pédicule au ras du col. Cautérisation du moignon cervical au thermo. Une mèche est mise dans le col. Suture du débridement : plans profonds au catgut, plan cutané aux crins.

Examen anatomique. — Polype très volumineux de la grosseur du poignet, longueur 15 centimètres environ. *Sphacélé à sa partie terminale, suintant.*

Examen microscopique. Laboratoire de M. le professeur Sabrazès. Tumeur maligne du type *spino-cellulaire*. Tumeur très envahissante,

stroma infiltré de lymphocytes. On décide une seconde intervention. Mais la malade étant très faible, on doit avant tout remonter son état général. (1.600.000 hématies par mm^3 le 4 janvier.) Injection d'hémostyle et de cacodylate de soude. Le 16 janvier, la numération globulaire montre un accroissement notable des globules rouges (2.300.000 par mm^3).

Opération le 20 janvier 1923, pratiquée par M. le professeur Guyot.

Hystérectomie totale par voie abdominale. Le ventre ouvert, on voit un utérus non déformé mais gras. Il est saisi avec la pince hystérolabe. Les annexes sont normales, l'utérus mobile. Pas d'infiltration des téguments larges. Ablation large des ligaments qui sont sectionnés tout près du bassin. On libère la vessie en avant. Après section des deux utérines, on ouvre la cavité vaginale. Cette cavité est suturée au surjet. On y met un drain n° 10. Hémostase de tous les ligaments. Iodisation de la tranche vaginale. Péritonisation pelvienne en réunissant le péritoine antérieur au péritoine postérieur.

Surjet péritonéal. Surjet musculaire. Surjet cutané, aux crins.

Opération sans incident chez une femme maigre.

Examen de la pièce anatomique. L'utérus, sectionné longitudinalement par sa face postérieure, montré, insérée sur le fond, une tumeur sphacélée de la grosseur d'une noix, vestige de la base d'implantation du pédicule spontanément éliminé. La muqueuse utérine est saine jusqu'à l'entour immédiat de l'insertion du pédicule.

Les sections pratiquées dans les différentes parties de l'organe et principalement sur le fond nous ont montré un tissu utérin d'aspect normal.

Un segment du moignon pédiculaire a été examiné de nouveau dans le laboratoire de M. le professeur Sabrazès. On nous a fourni le résultat suivant :

Adéno-carcinome avec beaucoup de foyer en régression. Lymphocytose pycnotique du stroma. Beaucoup d'alvéoles sont remplies de cellules en bouillie réalisant le type carcinome encéphaloïde. Nombreuses mitoses.

Suites de l'opération très satisfaisantes. L'état général de la malade continue à s'améliorer rapidement.

Le 27, élimination spontanée du drain vaginal. Le 2 février, on enlève les crins. Sortie le 18 février.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie des polypes utérins.

L'étude microscopique des polypes de l'utérus nous révèle deux genres de tumeurs. Leur différence de structure correspond à une pathogénie également différente.

Les polypes appelés polypes « muqueux » doivent être considérés comme une conséquence de la métrite chronique. « Ils constituent un degré plus avancé, une extension des végétations fibroglandulaires de l'endométrite subaiguë ou chronique. » (Cornil, *Métrites, salpingites et cancer de l'utérus*, Paris, 1884.) C'est donc une hypertrophie locale de la muqueuse enflammée qui fait saillie et, entraînant par glissement une partie de la muqueuse voisine, se pédiculise.

L'hypertrophie qui peut intéresser particulièrement ou les glandes ou le chorion, donnera naissance en certains cas à des polypes nettement muqueux, dans d'autres cas à des polypes fibro-muqueux, et enfin plus rarement à des polypes presque uniquement fibreux.

Ces polypes sont peu volumineux, de la grosseur d'une noisette en général ; très vasculaires ils ont un aspect rougeâtre. Ils siègent le plus souvent dans le canal cervical. Ils peuvent être multiples.

Malgré leur texture parfois fibreuse, ce ne sont pas ceux qu'on appelle polypes fibreux.

On appelle communément polype fibreux, un fibromyome pédiculisé. C'est de ce genre de fibrome que nous nous occupons dans ce travail.

Tumeur sphéroïde de grosseur variable, allant du volume d'une noix à celui d'une tête fœtale à terme ; son implantation habituelle est le corps ou le fond de l'utérus.

La pathogénie en est simple. Il naît fibromyome interstitiel dans la paroi de l'utérus, mais à proximité de la surface mu-

queuse. D'abord sessile, la tumeur est peu à peu énucléée vers la cavité. Elle saille sous la muqueuse dont elle se coiffe, puis se pédiculise. Peu, volumineux, le polype reste souvent dans la cavité utérine ; plus gros, le col se dilate jusqu'à lui livrer passage et il devient intra-vaginal.

Structure. — Tissu blanchâtre ou gris blanchâtre dur, criant sous le scalpel.

A l'examen microscopique, les polypes rappellent les autres tumeurs fibreuses de l'utérus, « ce sont des fibromyomes, des hystéromes » Broca. On trouve dans ces tumeurs des fibres musculaires lisses et des fibres conjonctives. Celles-ci prédominent très nettement sur les autres éléments. De-ci de-là des amas de noyaux. Des vaisseaux peu nombreux au centre de la tumeur.

Lejars fait remarquer que souvent la structure du pédicule diffère un peu de la structure générale de la tumeur. Les éléments jeunes deviennent prédominants vers la surface d'implantation ; « c'est un véritable tissu de sarcome en pleine activité et tout prêt à servir de foyer de repullulation ».

Toute la tumeur est recouverte de muqueuse, normale d'abord, mais qui peut par irritation subir des modifications notables. « Lorsqu'un polype né dans le corps fait saillie dans le col à travers les lèvres du museau de tanche, sa muqueuse change de caractère, s'épaissit, se couvre d'épithélium pavimenteux » (Cornil et Ranvier, *Histologie, Myomes utérins*, Paris; 1885).

La vascularisation de ces tumeurs est assurée par les vaisseaux centraux. Mais parfois le pédicule s'amincit, s'atrophie, et les vaisseaux disparaissent ; mais il reste les vaisseaux de la muqueuse. Cette double vascularisation « pourrait expliquer, d'après Virchow, la rareté des processus dégénératifs dans ces tumeurs » (P. Delbet, *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, tome VIII.)

Par processus dégénératif, Delbet n'entend pas la transformation cancéreuse, mais plutôt des processus atrophiques, dégénérescence calcaire, par exemple.

Dégénérescences malignes observées dans les polypes fibreux.

La dégénérescence, ou plus exactement la transformation cancéreuse, peut porter sur chacun des éléments qui composent la tumeur. S'il s'agit d'une transformation du tissu conjonctif, on verra naître un sarcome ; si l'évolution maligne porte, au contraire, sur la muqueuse, nous aurons affaire à une tumeur épithéliale. Cette muqueuse est elle-même susceptible de donner naissance à deux genres de tumeurs : les épithéliomes, qui seront une transformation de la muqueuse superficielle, et les carcinomes, si l'évolution porte sur l'élément glandulaire.

Les quelques cas de dégénérescence que nous publions mettent en cause ces différents néoplasmes.

Les observations de Hyenne, de Macnaughton, de Fiolle se rapportent à des cas de sarcome. L'étude histologique de Hyenne est tout particulièrement probante (obs. I, III et IV).

Targett, de Londres, nous donne un cas bien décrit de dégénérescence carcinomateuse (obs. II).

Les observations de M. Grimoud, celle de MM. Tourneux et la nôtre nous mettent en présence d'épithéliomes (obs. V, VIII, IX et X).

Notons enfin qu'un deuxième examen histologique pratiqué sur notre pièce a démontré la coexistence d'un carcinome (obs. X).

La métaplasie inflammatoire dans les polypes fibreux subissant la transformation cancéreuse. Aperçu pathogénique sur cette transformation.

Les observations V et X apportent, de plus, un fait dont la curiosité n'a pas échappé à ceux qui ont finement analysé le résultat des examens histologiques. MM. Tourneux d'abord, dans sa communication à Paris, puis MM. Guyot et Ichon, à Bordeaux, nous font remarquer là des cas de métaplasie inflammatoire.

Les épithéliomes trouvés chez ces deux malades sont, en

effet, des épithéliomes à cellules plates, malgré le lieu d'implantation élevé des polypes.

Déjà nous pouvions pressentir de telles transformations en notant la remarque de Cornil, sur la différence de structure de l'épithélium intra-utérin et extra-utérin, à propos des polypes qui dépassent le museau de tanche.

Cette métaplasie, qui prouve indiscutablement l'origine inflammatoire du processus dégénératif dans les cas que nous étudions, est déjà connue classiquement pour certaines tumeurs malignes du rectum. Rarement nous avons vu le fait, précisé pour les tumeurs épithéliales de l'utérus. Cependant nous trouvons des témoignages, autres que ceux apportés à propos de nos polypes. Dans l'ouvrage de P. Ménétrier, *Le Cancer*, Paris, 1908, on lit par exemple : « On observe aussi dans la muqueuse utérine des altérations métaplasiques du revêtement épithélial semblables à celles que nous avons précédemment décrites pour les voies digestives et respiratoires : la formation d'un revêtement pavimenteux stratifié (1) au lieu et place du revêtement cylindrique normal et qui paraît également la conséquence des processus d'inflammation chronique. Cette altération paraît d'ailleurs avoir été tout d'abord observée par Robin (2) qui a décrit des cellules pavimenteuses dans les glandes à revêtement cylindrique de l'utérus.

« Mais ce qui nous intéresse plus spécialement, c'est la possibilité pour un cancer du corps utérin *de se former aux dépens de la muqueuse ainsi modifiée* et de présenter alors le type métaplasique de l'épithélioma pavimenteux carné. Il en existe des observations de Piering, Gebhård, Löllein, Flaischlen. »

Donc, selon cet auteur, l'épithélium de la muqueuse, sous l'action de l'inflammation chronique, change de caractère, devient pavimenteux ; c'est aussi l'idée de Cornil. Puis, deuxième stade de réaction ; la cellule entre dans l'anomalie complète et prend l'aspect cancéreux.

(1) Zeller. « Plattenepithel in uterus. Psoriasis uterino. » *Zeitsch. f. Geburtsund Gynäk.* Bd XI.

(2) Robin, *Gazette des hôpitaux*, 1852.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie.

De l'analyse des cas relatés dans ce travail, pouvons-nous tirer une symptomatologie précise ? Les faits sont peu nombreux pour permettre une étude clinique bien approfondie. Remarquons aussi que la dégénérescence est souvent une trouvaille histologique. Il est cependant certaines remarques que nous croyons devoir noter.

L'état général de ces malades est variable, mais la plupart du temps satisfaisant. En tout cas, on n'observe pas de fait où ce soient des symptômes généraux qui aient conduit au diagnostic précis.

La complication survient à tous les âges.

Les troubles fonctionnels ne semblent pas non plus révéler quoi que ce soit de pathognomonique. Quelle diversité de symptômes ! Parfois les malades se plaignent de leucorrhées fétides (obs. IV, VIII et X), d'autre fois, ce sont d'abondantes métrorrhagies qui les inquiètent. Remarquons d'ailleurs que ces métrorrhagies ne semblent pas du tout en corrélation avec la gravité du mal. Nous voyons, par exemple, notre malade, obs. X, dont les règles ont disparu prématurément à 38 ans, 6 mois avant son entrée à l'hôpital, et qui depuis cette aménorrhée n'a jamais accusé de perte sanglante. Fiolle, lui aussi, remarque l'absence d'hémorragie pendant l'examen de sa malade.

Les signes physiques.—Ceseront eux qui nous aiguilleront sur un diagnostic plus précis. La plupart de nos observations concordent dans la description de signes particuliers révélés au palper de la tumeur.

La forme sphéroïde du polype a disparu. On trouve une masse irrégulière, tomentueuse, bosselée. La consistance n'est pas fibreuse. Certains points donnent de la résistance au doigt, tandis que le tissu immédiatement voisin est mou, parfois même friable (obs. II, IV, V, VII, X). Ce sont là des signes qui, sans être pathognomoniques (polypes sphacelés), indiquent au moins une profonde anomalie qui donne l'éveil au clinicien attentif.

Toutes ces particularités se rapportent directement à la tumeur. En dehors d'elle, aucun signe physique.

L'examen de la tumeur. — L'examen de la tumeur extirpée peut seule nous donner la certitude du diagnostic.

Notons d'abord que le pédicule est souvent gros dans les cas de dégénérescence maligne de la tumeur. (Hyenne, obs. I.) « Le pédicule de 6 cent. ayant presque la même grosseur que la tumeur. » (Fiolle, obs. II.) « Le polype ne se sectionne pas à son insertion utérine, mais très près du polype » ; et dans notre observation nous avons noté qu'à l'ouverture de l'utérus on avait trouvé au fond « une tumeur sphacélée de la grosseur d'une noix représentant la base d'implantation du pédicule ».

Nous ne reviendrons pas sur la forme, la consistance de la tumeur déjà décrites à propos des signes physiques. Ajoutons que l'aspect de la tumeur est généralement suintant, souvent elle paraît gorgée de suc (obs. VIII et X). Souvent aussi elle présente des ulcérations.

Ce sont là des signes qui nous inspireront une quasi certitude. Mais nous n'aurons évidemment accompli toute notre tâche que si nous la contrôlons par un examen microscopique. D'ailleurs il est des cas où l'examen histologique seul, en dehors de tout autre symptôme, a fait le diagnostic (obs. II-IX). Notre malade elle-même a longtemps été considérée comme porteuse d'un polype sphacélé.

Pronostic.

Sur nos dix observations, cinq seulement sont assez complètes à ce point de vue pour nous permettre d'énoncer une opi-

nion. Nous sommes là en présence de cinq opérations dont aucune n'a eu de suites fâcheuses, voire même anormales.

Pas un cas de terminaison fatale imputable au cancer. Par contre, nous voyons parfois le chirurgien espérer une guérison durable.

« La malade est complètement guérie. » « Tout nous permet d'espérer que cette guérison sera durable. » (Fiolle, obs. IV.) La malade opérée en juin 1920 « est revue en bonne santé en juillet 1923 ». (Dr Grimoud, obs. VIII.) Le cancer, dans un polype utérin, semble donc être une des formes les moins sévères de ce mal.

Traitement.

Ici, comme dans tous les cas de cancer, la formule est d'enlever, d'enlever largement. Même dans les cas où la dégénérescence est tout à fait à son début, comme celui de Targett, on doit recourir à une hystérectomie. Ce sera l'opération la moins large qu'on puisse pratiquer en ce cas. Dès que le mal semble tant soit peu avancé, *a fortiori* quand la muqueuse utérine a perdu ses caractères normaux (cas de Fiolle), on ne peut hésiter en faveur de l'hystérectomie totale.

En tout cas, il vaut mieux opérer toujours par la voie abdominale, afin de bien voir l'état des organes génitaux.

Notons enfin que le radium postopératoire semble indiqué dans ces cas de cancers relativement bénins.

CONCLUSIONS

I. La transformation cancéreuse du polype fibreux de l'utérus est une complication rare, mais dont l'existence ne peut être niée. La proportion des polypes dégénérés est difficile à établir actuellement avec le peu d'éléments que nous possédons.

II. La dégénérescence maligne du polype est une des formes les plus curables. L'opération précoce peut s'accompagner de la guérison, tandis qu'elle n'est pas toujours aussi efficace dans les autres formes de cancer utérin.

III. Pour opérer hâtivement, il faut un diagnostic précis. Les éléments de ce diagnostic seront fournis d'abord par l'examen local de la malade. On notera :

La consistance de la tumeur qui n'est pas uniquement fibreuse ;

La forme qui est irrégulière, tomentueuse.

Puis viennent les éléments qu'on peut trouver à l'examen de la pièce :

Tumeur rattachée à un gros pédicule, offrant parfois des ulcérations ; suintante et gorgée de suc.

Enfin le laboratoire confirmera le diagnostic.

IV. L'extirpation du fibrome avec hystérectomie totale doit en pareil cas être pratiquée en un ou deux temps.

Les résultats en sont meilleurs que lorsqu'il s'agit d'un cancer utérin primitif.

L'association chirurgie-radium doit en pareil cas améliorer encore les résultats.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président,
J. GUYOT,

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 novembre 1923.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Cornil et Ranvier.** — *Anatomie pathologique*, Paris, 1885.
- Dupuytren.** — *Leçons orales de clinique*, Paris, 1839.
- Ferrier Léon.** — *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice, et des polypes fibreux de l'utérus*. Thèse Paris, 1854.
- Fiolle P.** — Note sur les polypes malins de l'utérus. *Marseille médical*, 1910.
- Heaney N.-S.** — Malignant polypi of the uterus. *Surgery obst. and gynec.*, Chicago, 1921.
- Hyenne.** — *De la dégénérescence des fibromyomes*. Thèse Paris, 1898.
- Lisfranc.** — Sur un cas de polype sphacélé pris pour un cancer. *Lancette Française*, 1836.
- Macnaughten J.-R.** — Cases of uterine polypi undergoing malignant degeneration. *Proc. Roy. Soc. Med. London*, 1910-1911, Obst. and Gyn. section.
- Ménétries P.** — *Le cancer*, Paris, 1908.
- Robin.** — Cellule pavimenteuse dans les glandes à revêtement cylindrique de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1852.
- Ségard Jean.** — *Dissertation inaugurale sur les polypes utérins*. Thèse de Paris, an XII (1804).
- Targett J.-H.** — Polypous of uterus showing early malignant disease. *Proc. Roy. Soc. of Med. London*, mars 1910, Obst. and Gyn. Section.
- Toureaux J.-P. et Toureaux G.** — Dégénérescence cancéreuse d'un polype fibreux de l'utérus. *Bull. et Mém. Société anatomique de Paris*, 1920.
- Zeller.** — Plattenepithel in uterus. Psoriasis uterine (*Zeitsch. f. Geburst und Gynäk.*, Bd XI).



